

Valutazione delle esigenze sanitarie e sociali su pagina singola

Gestita dall'utente

Obiettivo: assistere i fornitori del servizio per valutare le esigenze di un utente.

Utente

Nome:

Data di nascita: gg/mm/aaaa / /

Sesso:

Numero UR:

o apporre qui l'etichetta

Completa le seguenti informazioni per aiutarci a conoscerti e a fornirti il miglior servizio possibile.

La tua partecipazione al completamento del seguente questionario è facoltativa, e trattiamo le tue informazioni con la massima riservatezza, ai sensi delle leggi sulla privacy.

Qual è il motivo principale per cui sei qui oggi?

Le seguenti affermazioni sono esempi di ciò che costituisce un problema/difficoltà per le persone. **Barra le affermazioni che ti riguardano, e quelle di cui vuoi parlare.** Ignora le affermazioni che non ti riguardano. Restituisci il modulo completato al tuo fornitore del servizio all'inizio dell'appuntamento.

Domande	(barra✓)	Vorrei parlare di questo (barra✓)
Ho difficoltà nelle attività quotidiane (come vestirmi, farmi la doccia o preparare da mangiare).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi è stato detto da un dottore o da un altro operatore sanitario professionale che ho un disturbo di salute (per esempio artrite, ipertensione, diabete, malattia cardiaca, cancro, osteoporosi, asma, malattie ai polmoni, malattie croniche ai reni o altri disturbi).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recentemente ho avuto problemi ai denti, alla bocca, alle gengive o alla dentiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preoccupato per le mie medicine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preoccupato perché non faccio attività fisica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preoccupato per il mio peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recentemente ho perso peso senza provarci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attualmente fumo tabacco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho smesso di fumare tabacco negli ultimi 5 anni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preoccupato per quanti alcolici bevo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preoccupato per il mio consumo di droghe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono preoccupato per il mio vizio del gioco d'azzardo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia situazione finanziaria è molto complicata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso mi sento triste o depresso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso mi sento nervoso o ansioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sono sentito intimidito da qualcuno che mi controlla o mi fa del male.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono un senzatetto o a rischio di diventare un senzatetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definirei la mia salute come precaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definirei le mie condizioni di vita come scarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This information collected by:		SPSHSN Page 1
Name:	Position/Agency:	
Sign:	Date: dd/mm/yyyy / /	Contact number: